

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 mai 1900, à 1 heure

Par Madame SOLOMJAN-BIRFELD

Ancien externe des hôpitaux et de la Clinique Baudelocque

FRÉQUENCE DE FISSURES

ET DE

LYMPHANGITES DU SEIN

PENDANT L'ALLAITEMENT

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

JALAGUIER, } *agregés.*
LEPAGE, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

Année 1900

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 mai 1900, à 1 heure

Par Madame SOLOMJAN-BIRFELD
Ancien externe des hôpitaux et de la Clinique Baudelocque

FRÉQUENCE DE FISSURES

ET DE

LYMPHANGITES DU SEIN

PENDANT L'ALLAITEMENT

*Président : M. PINARD, professeur.**Juges : MM. TERRIER, professeur.*

JALAGUIER, }
LEPAGE, } *agregés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. BROUARDEL

Professeurs MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BRISAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ GRANCHER.
	{ FOURNIER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-	DUPLAY.
céphale.....	{ LE DENTU
Clinique des maladies nerveuses.....	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique chirurgicale.....	{ PANAS.
	{ GUYON.
Clinique ophtalmologique.....	{ PINARD
Clinique des voies urinaires.....	{ BUDIN.
Clinique d'accouchements.....	

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS.	THIÉRY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE DOCTEUR HENRI BARTH

MÉDECIN DE L'HOPITAL NECKER

Hommage d'impérissable reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

Deuxième année d'externat.

M. LE PROFESSEUR LANDOUZY

Troisième année d'externat

M. LE DOCTEUR HIRTZ

Première année d'externat.

M. LE DOCTEUR QUÉNU

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

M. LE DOCTEUR BLUM

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

M. LE DOCTEUR CLADO

CHEF DES TRAVAUX GYNÉCOLOGIQUES A L'HOTEL-DIEU.

Je suis heureuse, en arrivant au terme de ma vie scolaire, de pouvoir exprimer tous mes sentiments de profonde gratitude et mon respectueux attachement à tous ceux qui m'ont aidée à traverser cette période de ma vie souvent pénible.

A MM. les D^{rs} FRANTZ GLENARD, FERNAND LAGRANGE, RAY. DURAND-FARDEL, DUFOUT, FRÉMONT, DE LALAUBIE, THERRE, CORMACK, NICOLAS, CHABROL, BRULARD, médecins consultants à Vichy et à M. le D^r FERNAND LAVERGNE, médecin consultant à Biarritz, qui m'ont témoigné tant d'intérêt et de bienveillance.

Je n'oublierai certes pas les conseils et les leçons du docteur PAQUY, chef de clinique obstétricale à la Faculté et la bienveillance de Mademoiselle ROZE, sage-femme en chef de la Clinique Baudelocque.

J'adresse en outre l'expression de ma sincère reconnaissance à mon maître d'aujourd'hui, qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, à M. le professeur PINARD.

INTRODUCTION

Il existe peu de travaux concernant la fréquence de fissures et de lymphangites du sein. Les auteurs qui se sont occupés de cette question ont observé un petit nombre de nourrices.

Nous avons pensé qu'une statistique établie sur un grand nombre de faits sera de quelque utilité, car les conclusions qu'on pourrait en tirer seront plus décisives.

Nous avons recherché la fréquence de lésions du mamelon et de lymphangites du sein consécutives en rapport avec la parité des nourrices et avec le nombre d'allaitements antérieurs ; l'époque d'apparition de ces lésions, leur latéralité, l'âge des nourrices, la réaction fébrile qui les accompagne nous ont paru intéressants à constater, de même que la fréquence de ces lésions, suivant les différents mois de l'année. Ces constatations et quelques recherches historiques, constituent la 1^{re} partie de notre travail.

La 2^e partie se compose de 3 chapitres.

Le 1^{er} est consacré à la description de fissures du mamelon.

Le 2^e traite de la lymphangite consécutive à ces fissures.

Le 3^e chapitre concerne le traitement à employer contre les fissures et la lymphangite du sein.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Fréquence de fissures et de lymphangites du sein pendant l'allaitement.

Notre statistique est faite d'après les registres de la Clinique Baudelocque pendant les dix dernières années, de l'année 1890 à 1899 inclusivement et porte sur 18.301 femmes venues accoucher dans cette clinique d'enfants vivants et bien portants à leur sortie.

Nous n'avons pu constater la fréquence des fissures et de la lymphangite que pendant les 10 jours qui suivent l'accouchement car les femmes séjournent rarement davantage à la Clinique.

Nous avons recherché la fréquence de ces lésions à différents points de vue.

Sur 18.301 nourrices ayant traversé la Clinique Baudelocque, nous en trouvons 1380 atteintes de lésions du sein, soit 7, 54 0/0.

La complication de la lymphangite a été observée 974 fois sur le total des nourrices, soit 5, 3 0/0.

Les 1380 lésions du sein se divisent en :

406 fissures simples, soit 29,4 0/0 du total des lésions;

960 fissures compliquées de lymphangites, soit 69,5 0/0.

14 lymphangites sont notées sans existence de fissures.

Fréquence des lésions du sein en rapport avec la parité des nourrices. — Le nombre total des nourrices se compose de 8483 primipares et 9818 multipares.

Sur les 8483 primipares 770 sont atteintes de lésions du sein, soit 9,2 0/0.

Sur les 9818 multipares 610 sont atteintes de lésions du sein, soit 6 0/0.

La complication de la lymphangite a été observée 541 fois sur 8483 primipares, soit 6,3 0/0, et 433 fois sur 9818 multipares, soit 4,4 0/0.

Ainsi, nous voyons que les primipares sont beaucoup plus fréquemment atteintes de fissures et de lymphangite du sein que les multipares.

Voyons maintenant quel est le rapport qui existe entre la parité et la fréquence des lésions.

Les 1380 lésions du sein se répartissent de la façon suivante :

Primipares	: 770,	soit 56 0/0	du nombre total des nourrices atteintes.
Secondipares	: 363	» 26 0/0	— — —
Multipares	: 247	» 18 0/0	— — —

Donc parmi les nourrices atteintes de ces lésions les primipares le sont dans la grande majorité des cas.

Le rapport des fissures simples avec la parité des nourrices atteintes est le suivant :

Primipares :	210,	soit	51,7 0/0	du	nombre	total	des	nourrices	atteintes
Secondipares :	112	»	27,5 0/0		—		—		—
Multipares :	84	»	20,8 0/0		—		—		—

La lymphangite a été constatée chez des :

Primipares	541	fois,	soit.		55,5 0/0
Secondipares	264	fois,	soit.		27,5 0/0
Multipares	169	fois,	soit.		17 0/0

Fréquence des fissures et de la lymphangite du sein en rapport avec les allaitements antérieurs. — Le rapport de ces lésions avec les allaitements antérieurs est calculé sur les 7 dernières années, car les documents nous ont manqué sur les années 1890, 1891 et 1892.

Le nombre total de femmes atteintes de lésions du sein pendant cette époque est de 1024 ; sur ce nombre de nourrices 793 en étaient à leur 1^{er} allaitement, soit 77,4 0/0 du total des nourrices atteintes.

Au point de vue de la parité ces 793 nourrices se répartissent de la façon suivante :

Primipares.		552
Secondipares.		161
Multipares.		80

120 femmes ont allaité 1 fois

61 — — 2 fois et plus

Au total 181 nourrices ont allaité antérieurement, soit 17,6 0/0.

Nous manquons de renseignements sur 50 femmes en 1893.

Nous pouvons donc conclure que, dans l'immense majo-

rité des cas, les nourrices atteintes de lésions du mamelon en étaient à leur premier allaitement.

Fréquence des lésions du sein par rapport à l'âge de nourrices :

Nourrices âgées de moins de 25 ans . 722 = 52 0/0

Nourrices âgées de 25 à 30 ans . . . 313 = 23 0/0

Nourrices âgées de 30 à 35 ans . . . 153 = 11 0/0

Nourrices âgées de plus de 35 ans . . 74 = 5,5 0/0

Pas de renseignements sur 116 femmes.

Nous voyons que ces lésions se rencontrent beaucoup plus fréquemment avant 30 ans.

Fréquence des lésions du sein par rapport au mois de l'année. — Nous avons voulu voir la fréquence de ces lésions d'après les mois de l'année pour établir l'influence des mois froids.

Nous avons trouvé :

En janvier	118	nourrices atteintes	En juillet	138	nourrices atteintes
février	111	—	août	94	—
mars	138	—	septembre	75	—
avril	138	—	octobre	90	—
mai	139	—	novembre	118	—
juin	121	—	décembre	103	—

Ces lésions se répartissent de la façon suivante :

Fissures simples :

Au mois de janvier	39	Au mois de mai	52	Au mois de septembre	16
— février	38	— juin	51	— octobre	26
— mars	52	— juillet	49	— novembre	27
— avril	61	— août	25	— décembre	27

La lymphangite a été observée :

En janvier	79 fois	En mai	87 fois	En septembre	69 fois
février	74 —	juin	70 —	octobre	61 —
mars	83 —	juillet	93 —	novembre	81 —
avril	77 —	août	69 —	décembre	74 —

D'après les chiffres que nous avons trouvés nous ne pouvons pas du tout nous prononcer, nous trouvons presque le même nombre des lésions pour les mois d'été et d'hiver.

Nous pouvons constater seulement que les fissures sont beaucoup moins fréquentes en août, septembre, octobre, novembre et les lymphangites moins fréquentes en août, septembre et octobre.

Fréquence de latéralité des lésions. — Nous trouvons pour les fissures simples la proportion suivante :

Les 2 seins sont atteints 356 fois, soit 87,6 0/0.

Le sein droit est atteint 30 fois, soit 7,4 0/0.

Le sein gauche est atteint 20 fois, soit 5 0/0.

La lymphangite est répartie de la façon suivante :

Les 2 seins sont atteints 273 fois, soit 28,4 0/0.

Le sein droit est atteint 372 fois, soit 38,7 0/0.

Le sein gauche est atteint 315 fois, soit 32,9 0/0.

Donc les fissures atteignent les 2 seins dans l'immense majorité des cas.

Lorsque la lésion est unilatérale, c'est le sein droit qui est un peu plus fréquemment pris que le sein gauche.

La lymphangite double est par contre beaucoup moins fréquente que la lymphangite unilatérale.

Le sein droit est plus souvent atteint de lymphangite que le sein gauche.

Epoque de l'apparition des lésions du sein. — Le début de *fissures* simples est observé :

Avant le 3 ^e jour	61 fois, soit 15 0/0.
du 3 ^e au 5 ^e jour	252 fois, soit 62 1 0/0.
du 6 ^e au 8 ^e —	80 fois, soit 19,7 0/0.
Après le 8 ^e jour	13 fois, soit 3,2 0/0.

Ainsi l'époque de l'apparition des fissures simples dans la majorité des cas est du 3^e au 5^e jour.

Le début de la *lymphangite* est observé :

Avant le 3 ^e jour	8 fois, soit 0,82 0/0.
du 3 ^e au 5 ^e jour	297 fois, soit 30,50 0/0.
du 6 ^e » 8 ^e —	495 fois, soit 50,82 0/0.
9 ^e » 10 ^e —	129 fois, soit 13,24 0/0.

Après le 10^e jour 45 fois, soit 4,62 0/0.

Donc l'époque d'apparition de la lymphangite est du 6^e au 8^e jour dans une moitié des cas.

Il nous a paru intéressant de voir la *réaction fébrile* chez les nourrices atteintes de fissures et de lymphangite du sein.

Nous avons les données suivantes : 275, sur 406 nourrices atteintes de fissures simples, ont présenté une élévation de température insignifiante dépassant à peine la température normale, soit 67,7 0/0 ; 108 nourrices, soit 26,6 0/0, ont eu une élévation de température de 38° à 39° et les pulsations étaient fréquentes, de 80 à 100 environ ; 18 nourrices seulement, soit 4,4 0/0, ont eu une température élevée de 39° à 40° et leur pouls était de 100 à 120. Enfin, 5 femmes avaient une température très élevée qui a dépassé 40°, et leur pouls oscillait de 130 à 140, leur état général était grave.

En résumé, dans l'immense majorité des cas (67,7 0/0) les fissures évoluent presque sans élévation thermique.

Par contre la lymphangite évolue dans la grande majorité des cas avec une grande élévation de la température.

Ainsi 505 nourrices sur 974, soit 51,8 0/0, ont eu une température de 38° à 39° et leur pouls était de 100 environ.

255 nourrices (soit 26, 3 0/0) avaient 39° à 40° de température et leur pouls frappait 100 à 120 pulsations par minute.

52 nourrices, soit 5, 3 0/0, avaient la température au-dessus de 40° et leur pouls frappait au-dessus de 120 ; 162 nourrices (soit 16,6 0/0) seulement avaient la température inférieure à 38°.

La durée de l'élévation thermique chez les nourrices atteintes de *fissures* simples a été :

De 1 à 2 jours chez 376 nourrices, soit 92, 6 0/0.

De 3 à 5 jours chez 30 femmes, — 7, 4 0/0.

Nous voyons que presque dans la totalité des cas l'élévation de la température ne dépasse pas 2 jours.

La durée de la température chez les nourrices atteintes de lymphangite était :

De 1 à 2 jours chez 801 nourrices, soit 82, 2 0/0.

De — 3 jours chez 61 nourrices, — 6, 2 0/0.

De — 4 jours chez 37 nourrices, — 3, 8 0/0.

De — 5 jours chez 35 nourrices, — 3, 7 0/0.

Plus de 6 jours chez 40 nourrices, — 4, 1 0/0.

Nous pouvons donc conclure que, dans l'immense majorité des cas, on ne constate de la température que pendant 2 jours, mais on observe aussi un nombre notable de nourrices chez lesquelles la période fébrile dure 3, 4, 5, et même plus de 6 jours ; il y a souvent alors une compli-

cation du côté de l'utérus ou dans l'état général de la femme.

Six abcès du sein sont notés comme complication de lymphangite pendant ces dix dernières années. N'oublions pas que les accouchées ne sont suivies que pendant 10 jours, et par conséquent nous ne pouvons tirer aucune conclusion de cette donnée.

Trois femmes affectées d'abcès étaient des primipares, âgées de 19, 21 et 23 ans ; les 3 autres étaient secondipares. Sur les 3 dernières, 2 nourrices étaient à leur 1^{er} allaitement.

Deux abcès sont apparus 4 jours après l'apparition de la lymphangite, qui elle-même est apparue le 10^e et le 13^e jour après l'accouchement. Un abcès est apparu 8 jours après la lymphangite. Nous manquons de renseignements sur les 3 autres cas.

Nous avons voulu chercher si l'allaitement a pu être continué par les femmes atteintes de fissures et de lymphangite du sein. Malheureusement cela a été impossible, car nombre de fois nous n'avons trouvé aucune mention à ce sujet sur les registres, ou la mention que l'enfant est envoyé en nourrice. Or, comme la clientèle hospitalière est composée de femmes malheureuses qui sont forcées d'abandonner leur enfant aux soins d'une mercenaire pour travailler, nous ne pouvons tirer aucune indication de ce renseignement.

CHAPITRE II

Historique.

Les statistiques anciennes manquent.

La première est celle de Rossi (1) et date de 1845.

Cet auteur s'occupe seulement de la fréquence des fissures par rapport à la parité des nourrices. Sa statistique est faite sur 87 nourrices. Rossi trouve :

37 primipares atteintes 22 fois de fissures			
29 secundipares	—	4	—
21 multipares	—	2	—

Ces 87 nourrices ont eu 11 complications d'abcès réparties de la façon suivante : sur 37 I pares 10 abcès ; sur 29 II pares 1 abcès ; sur 21 III pares pas du tout.

Winkel cité par Courgey ne trouve pas une grande différence entre les I et II pares, mais la différence s'accuse d'après lui, avec la multiparité croissante. Sur 100 nourrices ayant des gerçures, il y a 85 I et II pares et 15 grandes multipares seulement.

L'époque d'apparition de gerçures d'après cet auteur est la suivante. Sur 81 cas de gerçures il trouve :

(1) *Gazette de Paris*, 1845.

19 gerçures apparues le 2^e jour.

16	—	3 ^e	—
28	—	4 ^e	—
7	—	5 ^e	—
9	—	6 ^e	—
2	—	7 ^e	—

De sorte que Winkel trouve aussi la plus grande fréquence d'apparition de gerçures dans la 1^{re} semaine de l'allaitement, du 2^e au 4^e jour ; ces résultats sont presque pareils aux nôtres.

En 1877, Courgey (1) dans sa thèse inaugurale a traité la question de la fréquence de lésions du mamelon chez les nourrices. Au point de vue de la parité de nourrices cet auteur trouve :

202 primipares atteintes 121 fois de fissures, soit 59, 9 0/0
 313 multipares — 160 — , soit 51, 1 0/0
 Cette statistique est vraiment effrayante.

L'époque de l'apparition de fissures est d'après Courgey la suivante.

Sur 280 cas il donne :

1 cas le 1^{er} jour après l'accouchement

40	—	2 ^e	—	—
114	—	3 ^e	—	—
75	—	4 ^e	—	—
28	—	5 ^e	—	—
12	—	6 ^e	—	—
10	—	7-9 ^e	—	—

En résumé, cet auteur trouve la plus grande fréquence

(1) Thèse de Paris, 1877.

de l'apparition de fissures dans la 1^{re} semaine de l'allaitement, du 2^e au 4^e jour, ce qui diffère peu de ce que nous avons trouvé.

Courgey trouve que les mamelons sont presque toujours tous les deux affectés de crevasses.

Sur 294 cas, 230 fois les lésions ont été bilatérales.

Le mamelon gauche est pris 38 fois.

Le mamelon droit est pris 26 fois.

De sorte que lorsqu'un seul mamelon est atteint c'est plus souvent le gauche que le droit.

Courgey s'est occupé aussi de la fréquence de lésions du mamelon au point de vue du teint des nourrices.

Il a trouvé :

sur 100 nourrices blondes	59	atteintes de gerçures, soit	59, 0/0
132 — chataignes	42	— —	46, 9 0/0
117 — brunes	70	— —	59, 8 0/0
18 — noires	8	— —	44 0/0
25 — rousses	15	— —	60, 0/0

Il conclut que les femmes au teint noir seraient les plus favorisées. Les femmes rousses seraient plus sujettes que les autres aux fissures du mamelon.

La complication de la lymphangite a été notée par Courgey 16 fois sur 281 nourrices atteintes de gerçures.

7 abcès ont compliqué ces lymphangites.

5 abcès sont survenus chez les nourrices allaitant pour la 1^{re} fois, et 2 pour la 2^e fois.

En 1891, M. Varnier (1) a donné une statistique de 300 femmes atteintes de fissures dont 34 ont été atteintes de lymphangite consécutive.

(1) *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, 1891.

Dans ce nombre cet auteur a noté :

23 primi et secundipares.

2 IIPares.

9 multipares.

L'époque d'apparition de la lymphangite est la suivante :

	1 fois le 2 ^e jour.
2 —	3 ^e —
13 —	4 ^e —
6 —	5 ^e —
6 —	7 ^e —
2 —	8 ^e —
1 —	9 ^e —
1 —	11 ^e —

M. Varnier trouve donc la plus grande fréquence du 3^e au 7^e jour.

Une statistique tout à fait récente a été faite par Platzer (1) en 1899. Cette statistique porte sur 1000 nourrices observées par cet auteur du mois de septembre 1896 au mois de juillet 1898.

Sur ces 1000 nourrices, Platzer a observé 515 fissures, soit 51,5 0/0, chiffre de beaucoup supérieur au nôtre.

Il prouve que les Iipares sont plus souvent atteintes de fissures que les multipares.

Sur 521 Iipares 294 ont été atteintes, soit 56,5 0/0

Sur 479 multipares 221 — — 46 0/0

L'époque d'apparition de ces lésions d'après Platzer est la suivante :

(1) *Archiv für Gynaekologie*, 1899.

Les fissures se sont formées :

Le 1 ^{er} jour	22 fois
» 2 ^e »	200 »
» 3 ^e »	257 »
» 4 ^e »	117 »
» 5 ^e »	42 »
» 6 ^e »	8 »
» 7 ^e »	4 »

L'époque la plus fréquente de l'apparition de fissures est toujours du 2^e au 5^e jour.

Platzer note 7 mastites comme complications des fissures.

Le sein droit a été atteint. 5 fois

Le sein gauche. 2 fois

Sur 515 femmes atteintes de gerçures, 416 avaient à peine dépassé la température normale, soit 93,5 0/0.

65 femmes avaient de la température reconnaissant toute autre cause.

Ces constatations sont pareilles aux nôtres.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Description des fissures du mamelon.

PATHOGÉNIE.— On n'attache pas en général d'importance aux solutions de continuité du mamelon qui sont pourtant grosses de conséquence et pour la mère et pour l'enfant, ces fissures sont la cause première des lésions septiques du sein qui constituent un gros danger pour les deux. L'état général de la mère peut devenir inquiétant ; la fonction de la sécrétion lactée est toujours troublée, souvent abolie et par suite non seulement la santé de l'enfant mais sa vie est en danger car la mère ne peut pas continuer l'allaitement ; elle a recours à une nourrice mercenaire ou à l'allaitement artificiel. Cette alimentation trop substantielle est dangereuse pour les nouveau-nés, leur intestin ne peut l'assimiler ; ils ont des vomissements, de la diarrhée, maigrissent, la gastro-entérite s'installe et pendant les mois chauds de l'été ils n'ont plus de forces pour résister et meurent. Ceux qui survivent, et ils ne sont pas nombreux, s'élèvent mal, sont malingres, chétifs.

Les solutions de continuité du mamelon peuvent se rencontrer en dehors de la grossesse.

L'eczéma, la gale et d'autres affections en provoquant le grattage amènent des excoriations plus ou moins profondes du derme ; mais c'est surtout pendant l'allaitement qu'on les rencontre fréquemment (Piante) (1).

Ces lésions diffèrent comme aspect au point de vue de leur forme, de leur étendue et de leur profondeur. Mais en suivant leur évolution on voit que ce ne sont que des degrés différents d'une seule et même lésion et très fréquemment on rencontre tous les degrés de cette lésion sur le même mamelon.

Le nourrisson pour téter comprime le mamelon entre ses mâchoires ; lorsque ce dernier est petit il le fait très énergiquement ; il en résulte un véritable traumatisme et l'épiderme fin du mamelon est éraillé, enlevé, la couche de Malpighi est à découvert et le 1^{er} degré de cette lésion, *l'érosion*, est constitué ; son étendue varie d'un grain de millet jusqu'à 2, 3 millimètres de largeur sur 1 centimètre de longueur. Cette petite plaie étant soumise aux irritations et aux tiraillements pendant les tétées suivantes se transformera en *excoriation* qui est caractérisée par la présence sur la surface de la plaie de petites fentes formées aux dépens des couches superficielles du derme ; cette surface est rouge, humide, fongueuse, saignante après chaque tétée. C'est le 2^e degré de la lésion.

Sous l'influence de l'action prolongée des mêmes causes cette excoriation peut s'étendre en surface et en profondeur en formant des ulcérations qui portent le nom de *gerçures*, *fissures*, *crevasses*.

(1) Thèse de Lyon, 1885.

Le mamelon, grâce à ses plis nombreux, se fendille et la *gerçure* est formée.

La *fissure* est une solution de continuité étroite mais profonde.

La *crevasse*, dernier degré de la solution de continuité du mamelon, diffère de la fissure par sa profondeur et par une petite perte de substance.

Donc l'érosion, l'excoriation, la gerçure, la fissure, la crevasse constituent la même lésion différant seulement par son étendue, sa profondeur et nous allons employer dans notre travail tantôt l'un, tantôt l'autre de ces termes indifféremment d'autant plus que leur importance résulte surtout du fait de l'existence d'une solution de continuité, porte d'entrée pour les différents microorganismes amenant les complications redoutables, comme nous le verrons un peu plus loin.

Ces lésions ont pour *siège* le sommet et la base du mamelon. A la base leur forme est semi-lunaire ; elles siègent dans les sillons et rainures de la peau ; plusieurs peuvent se réunir et former un cercle autour du mamelon et, creusant en profondeur, le détacher complètement. Courgey cite dix faits semblables.

Au sommet du mamelon elles n'affectent aucune direction régulière et se glissent sinueusement entre les papilles (Bouchacourt) (1).

ÉTIOLOGIE. — Les causes des fissures du mamelon sont multiples et nous les diviserons en causes prédisposantes et causes efficientes.

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*

Causes prédisposantes. — La primiparité est la cause la plus évidente et citée par tous les auteurs. Nous dirons avec M. Varnier que c'est surtout le premier allaitement qui prédispose le mamelon aux différentes lésions. Les nouvelles accouchées allaitant pour la première fois sont fréquemment atteintes dès le commencement de l'allaitement d'un ramollissement, d'une sensibilité très vive du mamelon ; la surface de cet organe imbibée de lait et mâchonnée par l'enfant s'attendrit et devient le siège d'une excoriation ; tandis que la femme qui a déjà allaité a formé ses mamelons par les suctions antérieures. La peau du mamelon s'est épaissie par les contacts fréquents, de sorte que le mamelon ne craint plus les offenses nouvelles de la bouche de l'enfant.

La statistique confirme ces faits, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail (pages 8 et 9).

Une autre cause prédisposante des fissures du mamelon très fréquemment observée est sa mauvaise conformation. Les mamelons courts, coniques et peu saillants sont difficiles à saisir de même que ceux qui sont ombiliqués, sessiles. Le nourrisson serre entre ses lèvres et ses gencives un mamelon pareil, le mâchonne, le tiraille, lutte constamment avec lui et plus le nouveau-né est vigoureux, plus fort sera le traumatisme exercé par lui ; tandis que le mamelon gras, cylindrique, est facilement saisi et l'enfant a peu d'effort à faire : l'écoulement du lait est facile, étant donnée la répartition des canaux galactophores sur un espace plus large.

Les mamelons mal conformés sont encore assez fréquents.

Sur 25 femmes présentant les lésions du mamelon, Pior-

ry, cité par Varnier, a trouvé 18 mamelons ombiliqués ou sessiles.

Courgey donne 70 mamelons mal conformés sur 526 nourrices et dit que dans ce cas elles échappent rarement aux gerçures.

Platzer, dans un travail récent, donne 47 0/0 de lésions dans le cas de mamelon cylindrique et 57 0/0 dans le cas de mamelon conoïde :

Gray y O'Donnell décrit le mamelon framboisé présentant des sillons très nombreux et profonds, prédisposé aux fissures.

M. Varnier décrit un degré supérieur de malformation du mamelon : le mamelon est tout à fait rudimentaire, insaisissable, les canaux galactophores s'ouvrent directement au sommet des seins globuleux, au milieu des nombreux sillons et papilles. « Mais, chose assez remarquable, dit-il, le plus mauvais mamelon peut être transformé très vite en excellent par la succion, s'il est extensible. »

« Il ne faudrait pas dire aux nourrices aux mamelons peu développés, qu'elles auraient beaucoup de peine à nourrir leurs enfants. D'un autre côté on est quelquefois surpris de voir qu'un mamelon bien conformé en apparence est défectueux par suite de l'oblitération des conduits excréteurs. »

Une autre cause prédisposante, qui a une importance extrême, est le défaut de soins de propreté. Si la mère ne prend pas la précaution de laver ses mamelons après chaque tétée avant de les couvrir, la fermentation du lait répandu sur le mamelon et mélangé à la salive acide du nourrisson

(1) Thèse de Paris, 1875.

amène le ramollissement de l'épiderme, qui s'enlève en lambeau et laisse à sa place une excoriation ; — une fois cette excoriation formée, la macération continuelle du mamelon active le développement de la plaie, empêche sa guérison, car sous son influence les croûtes formées se ramollissent et tombent à la tétée suivante (Bley, cité par Piante).

Nombre de femmes laissent l'enfant s'endormir en gardant dans la bouche le mamelon qu'il presse machinalement et la macération prolongée active le processus décrit ci-dessus (Bouchacourt).

Les *lésions buccales* du nouveau-né sont citées comme cause des lésions du mamelon. Ainsi Rossi croit que la stomatite aphteuse est la cause habituelle de gerçures du mamelon. Il a observé une femme dont l'enfant avait des aphtes sur la muqueuse buccale ; elle assurait qu'elle n'avait souffert des mamelons que depuis qu'elle s'était aperçue de l'existence de ces aphtes : cette femme portait des fissures aux deux mamelons. Explorant attentivement la cavité buccale de tous les nourrissons lorsque la mère présentait des gerçures du mamelon, il a constaté toujours la présence d'ulcérations ou d'inflammation buccale. Cette doctrine est trop absolue. Velpeau (1) dit avoir observé bien des nourrices atteintes de crevasses et donnant le sein à des enfants dont la bouche était parfaitement saine. D'un autre côté on voit des femmes allaiter des enfants atteints de stomatite, de muguet, sans aucun accident du côté des seins.

Velpeau, Chassaignac, cités par Monnier (2), et d'autres cliniciens avaient remarqué que les femmes le plus souvent victimes de ces pertes de substances étaient des fem-

(1) *Traité des maladies du sein.*

(2) Thèse de Paris, 1891-92.

mes blondes, « à peau fine, à tempérament lymphatique ». D'après Courgey, les blondes seraient atteintes dans la proportion de 60 0/0.

Donné, cité par Gray y O'Donnel (1), donne comme cause prédisposante de gerçures le mauvais état de la sécrétion lactée ; le lait est plus ou moins pauvre, peu abondant, sort difficilement et ces femmes sont toutes affectées de gerçures et de crevasses ; s'il n'y a pas une relation physiologique, il existe une relation mécanique. Ainsi Donné considère la crevasse comme résultat de la pauvreté du lait, de sa quantité non suffisante, de la difficulté avec laquelle il arrive à la bouche de l'enfant dont les efforts de succion fatiguent et irritent le mamelon. En outre ces enfants, ayant toujours faim, dérangent leurs mères par des cris constants et pour les faire taire elles les mettent tout le temps au sein, d'où la fréquence exagérée des tétées et par suite traumatisme trop souvent répété.

Le diabète, l'albuminurie sont cités par un certain nombre d'auteurs comme causes prédisposantes des solutions de continuité du mamelon. Nous savons que les états cachectiques prédisposent aux lésions cutanées en général et à celle du mamelon en particulier et il arrive souvent que certaines femmes sont à la fin de leur grossesse fatiguées, anémiées, débilitées.

La *cause efficiente* de la formation de ces petites lésions cutanées est le traumatisme que subit le mamelon pendant les efforts de succion.

La lésion commence au sommet ; le mécanisme de sa formation est décrit par Cazeau et Deluze (cités par Varnier) ;

(1) Thèse de Paris, 1878.

le mamelon est saisi dans une gouttière formée par la langue et le voile du palais du nourrisson et les efforts de succion se transmettent à l'extrémité du mamelon non soutenu ; on peut voir après la succion la formation de phlyctènes qui vont se fendiller à la tétée suivante et formeront d'abord une *érosion*, puis une excoriation, une gercure, une fissure et une crevasse, dernier degré de cette lésion.

SYMPTOMES. — Le symptôme dominant de ces petites lésions cutanées est la douleur au niveau du mamelon qui est souvent extrême, syncopale et fait redouter aux mères le moment proche de la tétée ; les plus courageuses ne peuvent s'empêcher de pousser des cris et affirment que les douleurs d'accouchement ne sont rien à côté de celles qu'elles éprouvent à chaque mouvement de succion de l'enfant. Cette douleur aiguë est due à ce que les terminaisons nerveuses sont à découvert dans la plaie et sont excitées et tiraillées pendant l'écartement de ses bords.

Varnier parle d'attaques hystériques chez les femmes nerveuses, de lypothimies et de convulsions ; l'état général est alors très altéré par l'âcreté de la douleur et l'insomnie. Courgey cite 32 nourrices sur 294 dont l'état général était si mauvais qu'on a été forcé de suspendre l'allaitement. Le pouls est légèrement accéléré ; il y a une petite élévation de température. La peau est chaude, la soif vive, il existe une courbature générale ; le sommeil et l'appétit sont troublés.

Nous avons parlé des signes physiques dans le chapitre « pathogénie des fissures (p. 21) ».

CHAPITRE II

Complications des fissures.

Les complications des fissures sont d'ordre mécanique ou inflammatoire.

La plus sérieuse des complications mécaniques est la chute du mamelon qui se produit de la façon suivante : les fissures semi-lunaires de la base se réunissent et forment un cercle ; devenant de plus en plus profondes, elles creusent les tissus et finalement détachent le mamelon. Les hémorrhagies sont alors abondantes. Duval (cité par Varnier) a vu une femme qui a perdu dans une nuit un quart de verre de sang.

L'enfant avale le sang et il peut avoir de la gastrorrhagie et du mélæna ; il faut prévenir les mères de la possibilité de ces phénomènes pour leur éviter des soucis.

La santé de l'enfant peut s'en ressentir, car la femme craignant les douleurs donne le sein le plus rarement possible et l'enfant peut être ainsi insuffisamment nourri.

Les *complications inflammatoires* sont de beaucoup les plus graves. Les crevasses sont regardées par tous les auteurs comme une porte d'entrée pour les microorganismes et comme un bouillon de culture excellent, amenant les complications inflammatoires les plus sérieuses.

Parmi les complications inflammatoires du sein nous citerons l'*érysipèle*, assez rare, la *lymphangite* très fré-

quente, la galactophorite ; le phlegmon et l'abcès du sein deviennent de plus en plus rares grâce à l'avènement de l'antisepsie et le traitement rationnel institué de bonne heure.

La *lymphangite* du sein va nous arrêter un peu.

La lymphangite est l'inflammation des vaisseaux lymphatiques de la glande mammaire. Sappey dit que l'élément lymphatique est le plus irritable de tous les éléments anatomiques ; c'est grâce à son intermédiaire que les inflammations se développent le plus rapidement. Il est facile de comprendre comment la glande mammaire, une des plus riches de l'économie en lymphatiques, est si fréquemment le siège de lymphangites et d'autres affections inflammatoires à cause de l'absorption des substances septiques au niveau des solutions de continuité de l'épiderme du mamelon.

ETIOLOGIE. — Le mamelon étant écorché et les soins antiseptiques n'étant pas pris, les germes s'y déposent. Les femmes malpropres peuvent transporter les microorganismes sur le mamelon soit avec la main, après une toilette vulvaire, soit avec leur vêtement ou de toute autre manière.

La nourrice négligente laisse ses seins exposés à l'air après la tétée et les germes s'abattent sur eux.

L'atmosphère est une source non moins féconde en germes.

Les microorganismes peuvent être déposés sur le mamelon par la salive du nourrisson. Bley a fait sur ce point des recherches intéressantes.

Velpeau a été un des premiers à dire que les maladies

du mamelon et de l'aréole sont la cause ordinaire de l'angioleucite. Nélaton et son élève Richard (cités par Varnier), ont démontré que 9 fois sur 10, l'angioleucite mammaire débute par une gerçure, une excoriation, une fissure d'un point du mamelon ou de l'aréole.

Tillaux, cité par Ressein (1), dit : « Dans la grande majorité des cas, les malades ont été d'abord atteints de gerçures.

Elles continuent à allaiter et souvent alors les gerçures s'enflamment et sont le point de départ d'une angioleucite, d'un abcès consécutif. » Duplay dit : « Il est logique de penser que si on peut s'opposer à l'absorption des liquides altérés et septiques à la surface des solutions de continuité du mamelon chez la femme qui allaite, on aura de grandes chances d'éviter le développement des accidents : lymphangites et abcès qui sont si fréquents pendant la période de l'allaitement. »

Les professeurs Richet et Nélaton professent la même opinion.

La lymphangite se développe quelquefois sans qu'on ait trouvé une solution de continuité sur le mamelon.

Notre statistique donne 14 cas de lymphangite sans la coexistence de fissures. L'explication est facile à donner : les fissures dans ces cas passent inaperçues à cause de leur peu de développement et de leur situation cachée dans les replis du mamelon ; la douleur est alors minime et les femmes n'attirent pas l'attention du médecin, jusqu'au jour où une lymphangite se développe.

(1) Thèse de Paris, 1884.

Une autre cause prédisposante de la lymphangite est la moindre résistance de la mamelle pendant l'allaitement (Monnier).

Il n'est pas nécessaire de s'attarder longtemps à faire ressortir combien est changé après l'accouchement l'état physiologique de la glande mammaire. Cette suractivité passagère dont elle est le siège et qui doit évidemment en faire un *locus minoris resistentia* ne peut être que très favorable à la vitalité des microorganismes.

L'action du froid est une autre cause prédisposante à la lymphangite. Velpeau l'a notée et les maîtres contemporains ont confirmé cette manière de voir..

Notre statistique n'est pas du tout démonstrative à ce sujet.

Nous trouvons presque le même nombre de lymphangites pendant les mois d'été et d'hiver ; il y a une légère diminution en août, septembre et octobre.

Parmi d'autres causes prédisposantes, citons le diabète, l'alcoolisme, l'altération du sang constituant une prédisposition aux inflammations.

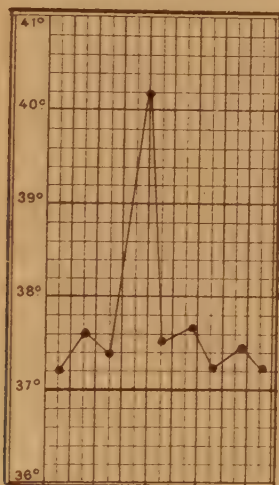
L'albuminurie a été notée comme préparant un terrain favorable. Nous avons trouvé 19 nourrices albuminuriques atteintes de lymphangite du sein.

Tous les états cachectiques en général favorisent la suppuration et souvent les femmes, à la fin de leur grossesse, sont débilitées et cet état favorise la réceptivité morbide.

SYMPTOMES. — Le tableau clinique est très caractéristique. Le 2^e ou le 3^e jour après l'apparition des crevasses, la nourrice est prise d'un grand frisson ou de frissons répétés ; elle est couverte de sueur, accuse une céphalalgie

tenace ; le pouls s'accélère et peut aller jusqu'à 120 et 140 pulsations par minute et même davantage. La température s'élève brusquement à 39. 40 degrés et parfois à 41 degrés. Cette température élevée dure le plus souvent un seul jour, puis elle retombe à la normale aussi brusquement que l'élévation s'est faite.

La courbe de température ci-jointe est très caractéristique et, dans un service d'accouchement, il suffit de jeter un coup d'œil sur une courbe pareille pour affirmer que la femme est atteinte de lymphangite. En ville, les praticiens



peu expérimentés croient souvent à une infection puerpérale lorsqu'il ne s'agit que d'une inflammation de la mamelle. Quelquefois les femmes sont atteintes d'éruptions diverses. Ainsi l'éruption scarlatiniforme généralisée a été notée 4 fois dans les observations. Une fois on a noté une éruption ortiée sur les deux seins.

En examinant les seins on les trouve tendus, doulou-

reux ; à l'inspection on voit, « quand le réseau atteint est superficiel, ce qui est la règle, se dessiner sur la mamelle de fines arborisations laissant çà et là entre leurs rameaux des intervalles de peau saine. Les trainées rouges s'entrecroisent de mille manières, formant un lacis élégant et serré. Souvent même, et cela surtout au moment de la plus grande acuité de la maladie, les mailles se fusionnent, les ilots de peau saine sont envahis et le sein prend dans la partie atteinte une coloration rouge uniforme ; c'est la lymphangite en plaques. Ces trainées et ces plaques affectent ordinairement un siège en rapport avec celui qu'occupe la lésion primitive, c'est-à-dire que si une gerçure occupe la partie externe du sillon située entre l'aréole et le mamelon, la rougeur inflammatoire se montrera d'abord par le côté externe se dirigeant vers les ganglions de l'aisselle qui deviennent durs et douloureux. En certains points il existe un œdème dur, non dépressible ».

« La lymphangite profonde va de pair le plus souvent avec une lymphangite superficielle, le sein offre alors un empâtement assez étendu ; il est douloureux au toucher. Lorsqu'il n'y a qu'une lymphangite profonde le sein ne présente pas de coloration rouge et le diagnostic devient difficile » (Varnier).

La lymphangite dure rarement plus de 48 heures. Elle se montre souvent épidémique à la clinique d'accouchement (Ressein). Vergeade (1) dit que souvent on voit apparaître 5 ou 6 cas de lymphangite en même temps ; cela a été observé du reste au sujet de la lymphangite en général.

(1) Thèse de Paris, 1881.

Nos recherches dans les registres de la Clinique Baude-
locque nous ont aussi permis de constater que la lymphan-
gite y affecte un type à caractère épidémique.

C'est ainsi que couramment nous avons rencontré la
lymphangite du sein chez 5 ou 6 nourrices en même temps,
puis pendant quelque temps il n'y a pas de lymphangite,
jusqu'au jour où un nouveau cas se produit et de nouveau
plusieurs nourrices sont atteintes à la fois.

Une autre complication des gerçures du mamelon est la
galactophorite décrite par M. Budin (1) et ses élèves Ca-
taliotti (2) et Pingat (3); elle précède, d'après ces auteurs, les
abcès du sein au même titre que l'angioleucite. Nous ne
pouvons pas en faire une description détaillée. Disons seu-
lement que les mêmes causes qui amènent l'inflammation
des vaisseaux lymphatiques peuvent déterminer l'inflam-
mation des conduits galactophores; les germes déposés sur
la surface des crevasses profondes au niveau desquelles se
trouve l'ouverture des canaux galactophores infecteront ces
conduits. Duplay, Lannelongue, Bouchacourt, Tripier (ci-
tés par Cataliotti), sont partisans de la théorie de la galac-
tophorite dont le point de départ est la lésion cutanée du
mamelon.

Cette affection peut se produire en l'absence de gerçures
par l'ouverture des canaux galactophores qui se fait direc-
tement à l'extérieur (Cataliotti).

(1) *Leçons de clinique obstétricale*, 1889.

(2) Thèse de Paris, 1889.

(3) Thèse de Paris, 1891.

CHAPITRE III

Traitement.

Traitement des fissures.

Le traitement des solutions de continuité du mamelon est *prophylactique et curatif*.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — Dès le 8^e mois, la femme qui veut nourrir doit se préoccuper de se mettre en état de remplir cette fonction. Deux choses peuvent l'en empêcher : la mauvaise conformation du mamelon, d'une part, et la délicatesse de la peau qui peut se fendiller dès la première tétée, d'autre part.

Au premier de ces accidents on opposera des tiraillements légers du mamelon, des pressions douces, sorte de massage, qui l'allongeront, le formeront assez pour qu'il puisse facilement être saisi par la bouche de l'enfant ; celle-ci achèvera l'œuvre commencée.

On conseille encore les suctions répétées par un jeune chien ou par une personne de bonne volonté. Cette dernière pratique est défectueuse, car la contagion de la syphilis peut se faire de cette manière et Bourgogne (cas rapporté par Varnier) raconte l'histoire d'une femme qui, depuis plusieurs années, prêtait son ministère pour former des seins de jeunes personnes par une succion prolongée ou pour dégager les seins d'une surabondance de lait ; elle donna la

syphilis à 12 ou 14 femmes qui communiquèrent la maladie à leurs enfants; ceux-ci infectèrent des nourrices qui, à leur tour, communiquèrent la syphilis à leurs propres enfants qu'elles nourrissaient en même temps.

Dans le même but on emploie quelquefois des ventouses de verre, de caoutchouc.

L'écueil à éviter est de pousser trop loin ces exercices. On sait quel retentissement fâcheux sur l'utérus pourraient avoir les tractions immodérées du mamelon et la succion. Du reste, ces moyens échouent souvent, ils sont même dangereux quelquefois. M. Varnier a vu se former plusieurs abcès du sein pendant la grossesse qui ne reconnaissent pas d'autre origine.

Dans les cas de délicatesse de la peau, on emploie des lotions toniques qui ont pour résultat heureux d'affermir l'épiderme, et sont de beaucoup préférables aux pom-mades.

Un mélange d'eau et de rhum est préconisé par Pianté.

Bouchut prescrivait les lavages du mamelon avec une solution alcoolique.

Trousseau (1) ordonne de rapides lotions avec de l'eau simple, en évitant le froid.

M. Varnier trouve aussi les toniques du sein très efficaces. Il emploie la lotion alcoolique suivante :

Eau bouillie	{	à parties égales.
Alcool à 90°		

Tarnier et son élève Pingat conseillent le procédé suivant : lotions savonneuses de deux seins après la déli-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1850.

vrance. Dès la première tétée, on met des compresses imbibées de bichlorure de mercure au 0,20 0/0, ces compresses doivent toujours être humides ; on met par dessus un large morceau de taffetas gommé et le tout est maintenu par une bande de tarlatane qui fait le tour du corps. A chaque tétée la mère lave les seins à l'eau boricuée pour ne pas laisser au nourrisson avaler du sublimé en tétant.

Ce traitement présente l'inconvénient de déterminer des éruptions hydrargyriques chez les femmes à peau fine et les nourrissons peuvent présenter des accidents.

M. Pinard à la Clinique Baudelocque se contente après l'accouchement de surveiller la propreté du sein de la nourrice et de la bouche du nourrisson. Les seins sont maintenus par un pansement sec. Une couche d'ouate antiseptique est mise sur les seins et un bandage de corps légèrement serré la maintient. Avant et après chaque tétée le sein est lavé avec une solution d'acide borique à 3 0/0 ; la bouche de l'enfant est lavée avec la même solution.

Mais les gerçures apparaissent encore souvent malgré ce traitement prophylactique avec leurs complications mécaniques ou inflammatoires.

TRAITEMENT CURATIF. — On a préconisé une quantité de remèdes pour la guérison des solutions de continuité du mamelon ; leur nombre est déjà une preuve évidente de leur inefficacité. Nous ne parlerons que pour mémoire des émollients, comme le beurre de cacao, la glycérine ; des astringents : l'extrait de ratanhia, l'oxyde de zinc, l'acétate de plomb, la teinture de cachou ; des balsamiques : le baume de Perou, le baume d'Acens ; des substituts : calomel, nitrate d'argent, eau phagédénique.

Le *pansement sec* avec de l'ouate hydrophile est très employé en Allemagne et a donné entre les mains de Platzer des résultats excellents, paraît-il.

On a préconisé le pansement agglutinatif. Teissère (1) en donne la description suivante : on enveloppe le bout de sein et toute l'aréole dans un morceau de baudruche de forme circulaire, percé de trous à son centre, qui correspondent au mamelon ; on le colle à la mamelle à l'aide de collodion. Ce pansement a le défaut de ne pas protéger les gerçures siégeant au sommet du mamelon, les plus fréquentes ; puis ce pansement détermine du côté de la peau de la mère de la rougeur et la fait rétracter. Quelquefois la baudruche se ramollit et l'enfant en avale les morceaux.

Vinay (2) emploie l'*aristol* dont les propriétés cicatrisantes sont remarquables d'après cet auteur. Il est utilisé sous forme de pommade ou de collodion à la dose de 10 pour 100 ; il ne présente aucun danger d'intoxication ; son application n'est pas douloureuse, son odeur est très agréable. Contre les fissures, Vinay prescrit la pommade suivante :

Vaseline liquide	20 grammes
Aristol.	4 —

Les applications sont faites après chaque tétée. Les douleurs diminuent dès le deuxième jour et la cicatrisation est complète le quatrième jour.

Le *pansement anesthésique* a été préconisé par Herrgott de Nancy (cité par Teissère), qui employait le pansement au chlorhydrate de cocaïne à 4 0/0. Ce pansement ne produit qu'une accalmie passagère car ce sel est rapidement

(1) Thèse de Paris, 1898-99.

(2) *Lyon médical*, 1890.

absorbé et au bout d'une heure son action est complètement annihilée. La cocaïne étant toxique on ne doit en employer qu'une quantité tout à fait restreinte (Ressein). Quelques auteurs ont remarqué l'influence fâcheuse de la cocaïne sur la sécrétion lactée, qui est quelquefois tout à fait supprimée (Guenel) (1).

Maygrier et Blondel (2) et leur élève Teissère ont expérimenté avec beaucoup de succès le *pansement analgésique à l'orthoforme* et ces auteurs donnent les conclusions suivantes : l'application de la poudre d'orthoforme est toujours suivie d'une légère cuisson ; elle s'atténue bientôt après 5 minutes au plus. La solution alcoolique produit les mêmes effets. Chez toutes les malades l'analgésie complète du sein au repos se produit aussitôt après la disparition de la cuisson. La sensibilité pendant la tétée est très diminuée chez toutes les femmes, chez la plupart abolie. Lorsque la tétée est donnée 2 heures après l'application, l'analgésie est complète. Elle dure de 5 à 6 heures après la tétée de sorte que la tétée suivante est complètement indolore. La cicatrisation est très rapide, bien plus rapide qu'avec tous les autres pansements, paraît-il. 4 jours en moyenne suffisent pour amener ce résultat.

Le *pansement antiseptique* trouve son indication absolue dans le traitement des fissures du mamelon, car d'une part il diminue les douleurs et d'autre part il prévient et empêche les complications inflammatoires. On a employé les vernis antiseptiques. Audebert (3) préconise

(1) *Société méd. de Nantes*, 23 mai 1893.

(2) *Rev. de Thérap. médico-chirurg.*, 1898.

(3) *Arch. de Gynécol. et de Tocol.*, 1896.

le *stérétol* qui présente d'après cet auteur les avantages suivants :

1° Le *stérétol* par ses propriétés antiseptiques hâte la cicatrisation de la plaie.

2° Étendu en mince couche sur la plaie, il l'isole, la met à l'abri des germes extérieurs et par suite prévient les complications septiques.

3° Il empêche le contact des lèvres de l'enfant avec la surface à vif, par conséquent supprime la douleur et permet à la mère de continuer l'allaitement.

4° Appliqué seulement sur le point malade il laisse à nu les ouvertures de canaux galactophores et ne s'oppose nullement à l'excrétion du lait. Il est absolument inoffensif.

Depuis 1887, le professeur Pinard avait employé le pansement humide avec des compresses trempées dans une solution tiède d'acide borique à 3 0/0. Ces compresses après avoir été exprimées, étaient maintenues en permanence sur le mamelon et l'aréole dans l'intervalle des tétées. Ce pansement présente les avantages suivants. Il n'est pas toxique, ni irritant et n'a pas d'odeur. Les nourrices soignées de cette façon continuent à donner le sein régulièrement, la rougeur et l'odeur disparaissent. Après un ou deux jours les douleurs sont insignifiantes, les crevasses se cicatrisent et il est rare qu'après 15 jours de traitement elles ne disparaissent pas complètement.

Il est tout à fait rare qu'on cesse l'allaitement avec ce traitement (Varnier).

Il a été employé à la Clinique Baudelocque jusqu'au 23 mars 1893. Depuis cette époque on lui a substitué

un pansement plus énergique. Les petites rondelles découpées dans la tarlatane pliée en huit sont imprégnées d'une solution composée d'eau, de glycérine, d'alcool et de biiodure de mercure. Le biiodure de mercure s'y trouve en proportion de 10 ou 20 centigrammes pour 1.000. Ces rondelles sont maintenues en permanence sur les crevasses, depuis le jour de leur apparition jusqu'à leur guérison complète. Elles sont recouvertes du pansement boriqué pour les maintenir en place. Les mamelons sont très soigneusement lavés avant et après chaque tétée. Il n'y a pas de phénomènes d'intoxication chez les enfants, pas d'éruption chez les mères ; ces dernières sont toujours vite soulagées et la cicatrisation s'opère rapidement. Dans les cas très rares où les douleurs atroces persistent, où les lésions sont profondes, il est nécessaire de soustraire la lésion au contact direct de la bouche du nourrisson. Le bout de sein artificiel rend alors un grand service. Il a été préconisé déjà par Scultet au XVII^e siècle. Tous les bouts de sein actuels sont construits sur le même type ; une cupule, qui recouvre la mamelon et l'aréole est surmontée d'une tétine en caoutchouc. Le bout de sein de Bouilly est très employé.

« La cupule assez large est en verre et facile à nettoyer, par conséquent. La tétine est en caoutchouc vulcanisé, de consistance pareille à celle du mamelon. Dans l'intervalle des tétées, il faut le maintenir dans la solution boriquée, après l'avoir bien nettoyé ; ces soins sont très importants car le caoutchouc retient une certaine quantité de lait qui pourrait fermenter. Ce bout de sein serait le moyen par excellence, car la lésion n'étant pas soumise au trauma-

tisme direct et répété à chaque tétée, diminue peu à peu et les douleurs disparaissent. Mais, malheureusement, le nourrisson, ayant besoin de développer bien plus d'efforts pour téter, se lasse vite » (Varnier).

Traitement de la lymphangite.

Le *traitement prophylactique* par excellence est toujours le pansement boriqué.

Les soins de la bouche de l'enfant ont une importance capitale et il faut la nettoyer sérieusement ; les microorganismes qu'elle contient pourraient être agents d'infection. Quelques accoucheurs, Olshausen, cité par Pingat, en particulier, recommandent ces précautions. Toute suppuration chez le nouveau-né peut être cause de contamination pour la nourrice, grâce aux relations intimes qui existent entre eux. La conjonctivite, les ophtalmies diverses, surtout l'ophtalmie purulente sont dangereuses. Quoique le microbe du pus d'ophtalmie blennorrhagique ne soit pas isolé et cultivé, l'expérience clinique a démontré qu'un nourrisson atteint d'ophtalmie purulente infecte facilement le sein de sa mère (Pingat). Cataliotti cite un début de lymphangite dans ces conditions. En outre, cet auteur a observé un cas de contamination de la mamelle par un nourrisson atteint de parotidite.

Il faudra donc s'occuper de la bouche de l'enfant et faire des lavages consciencieux avant et après chaque tétée avec la solution boriquée à 3 0/0. Les yeux seront soignés par un traitement approprié ; il faudra toujours mettre un

pansement protecteur sur les yeux de l'enfant, de même que sur toute autre source de suppuration.

Le nettoyage des mains de la nourrice a une importance capitale, car elles peuvent transporter les microorganismes sur la mamelle en mettant le mamelon dans la bouche de l'enfant. Un savonnage consciencieux des mains avant chaque tétée est suffisant pour leur nettoyage.

Le *traitement curatif* de la lymphangite est le suivant. L'allaitement est supprimé du côté malade ; la glande est immobilisée, comprimée par un bandage ouaté compressif. Ce traitement est d'une efficacité absolue.

Lorsqu'on juge que le sein est en état de reprendre sa fonction on l'exprime énergiquement pour s'assurer de l'absence de pus avant de mettre le mamelon dans la bouche de l'enfant.

CONCLUSIONS

I. — Sur 18301 nourrices, 1380 sont atteintes de lésions du mamelon (7, 54 0/0).

II. — La complication de la lymphangite est observée en raison de 5,3 0/0 sur la totalité des nourrices.

III. — Les primipares sont atteintes de fissures et de lymphangites du sein dans la majorité des cas (56, 0/0).

IV. — Les nourrices allaitant pour la première fois sont atteintes de lésions du mamelon dans l'immense majorité des cas (77, 4 0/0).

V. — Les 2 seins paraissent être pris de fissures simples, beaucoup plus fréquemment que chacun séparément (87 0/0).

VI. — Le sein droit paraît être plus prédisposé à la lymphangite que le sein gauche.

Sein droit : 38,7 0/0 ; sein gauche : 32,9 0/0.

VII. — L'apparition des fissures paraît avoir lieu du 3^e au 5^e jour après l'accouchement dans l'immense majorité des cas (62 0/0).

VIII. — L'apparition de la lymphangite est observée du 6^e au 8^e jour (50,8 0/0).

Vu.

Le Président de la thèse,
PINARD.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TRAVAUX CONSULTÉS

- Rossi.** — Excoriations et inflammations du mamelon chez les nourrices. *Gazette médicale de Paris*, 1845.
- Courgey.** — Fréquence des lésions du mamelon et de la mamelle chez les nourrices. Thèse de Paris, 1877.
- Winkel.** — *Die Pathologie und Therapie des Wachenbettes.*
- Meritte.** — Recherches du rapport de crevasses aux abcès des seins. Thèse de Paris, 1887.
- Piante.** — Etude sur la genèse et le traitement des abcès du sein. Thèse de Lyon, 1885.
- Arbel.** — Contribution à l'étude de la galactophorite. Thèse de Paris, 1890.
- Budin.** — Galactophoromastite. *Leçons de clinique obstétricale*, 1889.
- Pingat.** — De la prophylaxie des abcès du sein. Thèse de Paris, 1891.
- Cataliotti.** — De la galactophorite. Thèse de Paris, 1889.
- Bennezon.** — Etude sur la pathogénie et l'étiologie des abcès de la région mammaire. Thèse de Paris, 1887.
- Vergeade.** — Lymphangite mammaire. Thèse de Paris, 1881.
- Duplay et Reclus.** — *Traité de chirurgie*, 1892, VI.
- Duplay.** — Des abcès du sein. *Progrès médical*, 1891.
- Platzer.** — Beobachtungen über die Erletzungen der Brustwarzen bei Vochnerinnen. *Archiv für Gynækologie*, 1899.
- Varnier.** — Gerçures, lymphangite, abcès du sein chez les nourrices. *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, 1891.
- Verchère.** — Lymphangite. *France médicale*, 1881.
- Gray y O'Donnel (E.).** — Des lésions non spécifiques du mamelon pendant l'allaitement. Thèse de Paris, 1878.
- Verette.** — Des gerçures du sein chez les femmes qui allaitent. Strasbourg, 1865.
- Parfianovich.** — *Vratch*, 1884.
- Tarnier et Chantreuil.** — *Traité d'accouchements*, 1888.
- Velpeau.** — *Traité des maladies du sein*, 1854.
- Jaccoud.** — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, 1875. Art. Mamelles.
- Monnier.** — *Abcès post-puerpéraux*. Thèse de Paris, 1891-92.

- Bluski.** — *Contribution à l'étude de l'allaitement maternel.* Thèse de Paris, 1894.
- Legry.** — *Ophtalmie et abcès du sein.* *Progrès médical*, 1887.
- Mendailles.** — *Des mastites puerpérales et de leur traitement.* Thèse de Paris, 1896.
- Bessein.** — *Traitement préventif de la lymphangite et des abcès pendant l'allaitement.* Thèse, 1884.
- Le Diberdier.** — *Note sur la nature et le traitement des gerçures.* *Annales de gynécologie*, 1876.
- Regnault.** — *Quelques réflexions pratiques sur le traitement des gerçures.* *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1876.
- Vinay.** — *Traitement des gerçures du sein.* *Lyon médical*, 5 octobre 1890.
- Teissère.** — *Gerçures et crevasses. Traitement par l'ortoforme.* Thèse de Paris, 1898-99.
- Maygrier et Blondel.** — *Traitement des crevasses du mamelon par l'ortoforme.* *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1898.
- Audebert.** — *Traitement des érosions du mamelon par le stérétol.* *Arch. de gynécol. et de tocol.*, 1896.
- Bouchacourt.** — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*
Art. Mamelles.
- Trousseau.** — *Gazette des hôpitaux*, 1850.
- Guenel.** — *Société médicale de Nantes*, 23 janvier 1893.

Imp. J. THEVENOT, Saint-Dizier (Hte-Marne)
